s'accumule derrière l'obstacle, les téguments se perforent, et l'on voit s'établir des fistules secondaires par un mécanisme identique avec celui que nous avons indiqué plus haut. C'est dans ces circonstances que l'on a vu des fistules borgnes se transformer en fistules complètes.

Diagnostic. — S'il est facile de reconnaître une fistule à l'écoulement incessant d'une certaine quantité de pus ou de liquide excrémentitiel, il n'en est plus de même, dans un certain nombre de cas, quand il s'agit de reconnaître l'orifice fistuleux. S'il est difficile de trouver l'orifice externe enfoncé dans les plis des téguments, ou recouvert par une pellicule cicatricielle, à plus forte raison le sera-t-il de trouver l'orifice interne. Aussi est-il fréquent de rencontrer des cas dans lesquels des fistules complètes ont été prises pour des fistules borgnes.

Mais il ne suffit pas d'avoir constaté l'existence d'une fistule, il faut encore en déterminer la cause, savoir si elle appartient à une carie, à une nécrose, à un corps étranger, etc. Dans ce cas, le doigt, quand la largeur du trajet le permet, des sondes droites ou courbes, rigides ou flexibles, un stylet, sont les moyens le plus souvent employés. On a usé avec quelque succès des injections de lait ou de liquides colorés pour reconnaître le point où va s'ouvrir un canal accidentel.

Pronostic. — Il est extrêmement variable : l'étendue de la fistule, sa largeur, la nature du liquide qui se trouve dévié de sa voie naturelle, l'état d'intégrité ou de maladie du conduit normal, sont autant d'éléments dont il faut tenir compte et que nous aurons à examiner en traitant des fistules en particulier.

Traitement. — Il est certaines fistules contre lesquelles un traitement curatif est impossible et même dangereux : ce sont celles surtout qui sont déterminées par l'oblitération d'un canal excréteur. Le seul traitement qui leur convienne est palliatif : des soins de propreté, des injections, des lotions adoucissantes seront conseillés ; la fistule sera observée avec soin, afin de prévenir son oblitération, que des corps étrangers, des mucosités plus ou moins nombreuses pourraient provoquer. On s'attachera également à prévenir son rétrécissement, soit par la dilatation du trajet fistuleux, soit par des incisions, si celles-ci devenaient nécessaires ; enfin on s'efforcera de prévenir l'inflammation et de maintenir toujours la fistule dans son état de simplicité.

Le traitement curatif des fistules est, comme on le conçoit, extrêmement variable. En effet, tel qui convient parfaitement à une espèce de fistule est formellement contre-indiqué dans un autre cas. Nous ne saurions donc, dans ce chapitre, que formuler un certain nombre de préceptes généraux, renvoyant, pour plus de détails, aux fistules en particulier.

Quand on aura reconnu que ce sont des corps étrangers qui entretiennent la fistule, ceux-ci seront extraits, à moins qu'il n'y ait des contre-indications formelles. Si elle est entretenue par un vice diathésique, la scrofule, les tubercules par exemple, on cherchera par un traitement général et local approprié à modifier l'état des parties. Est-elle causée par le décollement des tissus ou par leur éloignement, à l'aide de la compression ou d'incisions convenables, on pourra convertir un trajet fistuleux en une plaie simple. Dans d'autres circonstances, on pourra obtenir de bons résultats d'injections irritantes, de la teinture d'iode par exemple.

Lorsque la fistule est occasionnée par la perforation de canaux excréteurs ou des réservoirs, on cherchera à faciliter la sortie du liquide par les voies naturelles, pendant que l'on favorisera l'oblitération de la fistule par des cautérisations, des sutures, l'autoplastie même.

Enfin, lorsqu'il existe plusieurs trajets fistuleux à l'extérieur, lorsque la fistule est anfractueuse, il est souvent utile de réunir tous ces trajets en un seul et de ramener la maladie à l'état de plus grande simplicité possible.

Bibliographie. — P. d'Egine, lib. VI, cap. LXXVII. — Pott, *Traité de la fistule* in *Œuvres chirurg.*, t. II, p. 301, 1777. — Marvidés, *Mémoire sur les fistules*, in *Prix de l'Académie de chirurgie*, t. IV, 1re partie, p. 19, 1778. — Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 494, 1822. — Jourdan, *Dictionnaire* en 60 volumes, 2e édition, t. XV, p. 550, 1816. — Marjolin, *Dictionnaire* en 30 volumes, t. XIII, p. 164, 1846. — Dupuytren, *Leçons de clinique chirurgicale*, p. 148, t. II, 1839. — Nélaton, *Éléments de pathologie externe*, t. I, p. 333, 1844. — A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 593, 1845. — Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 430, 4e édit., 1855. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 138, 1861.

CHAPITRE XI.

DES KYSTES.

On donne ce nom à des tumeurs formées d'une enveloppe distincte, circonscrite et sans ouverture, et renfermant des substances d'origine et de composition différentes, liquides, molles ou solides.

On voit par cette définition, combien les kystes sont variés, aussi les auteurs les ont-ils classés d'une façon très-diverse.

M. Sédillot a divisé les kystes en quatre grandes classes :

1° Les *kystes à enveloppe préexistante aux matières contenues*, parmi lesquels nous distinguerons les *kystes dermoïdes*.

2° Les *kystes séreux, ganglionnaires, osseux* et *kystes glanduleux*, etc.

3° Les *kystes développés consécutivement à la présence d'un corps étranger :* tels sont les *kystes hématiques, embryonnaires, purulents*.

4° *Kystes à origine douteuse, et dans lesquels il n'est pas toujours possible d'assigner la préexistence de l'enveloppe ou de la matière contenue :* tels sont les *kystes hydatiques*, *tuberculeux*, *cancéreux*, ceux qui enveloppent les tumeurs érectiles.

Les auteurs du *Compendium* admettent, d'après la structure de la poche, deux espèces de kystes : dans les uns, la face interne de la

membrane d'enveloppe présente tous les caractères d'une membrane muqueuse ; dans les autres, ceux d'une membrane séreuse : les premiers seraient les *kystes muqueux*, les seconds les *kystes séreux*.

Enfin M. Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, divise les kystes en : A, *kystes préexistants*, c'est-à-dire constitués par le développement d'une cavité normale préexistante ; B, *kystes consécutifs ou adventifs*, dans lesquels la poche se forme autour de corps étrangers solides ou liquides.

§ 1. — Kystes préexistants.

D'après le même auteur, les *kystes préexistants*, comprendraient six espèces ; 1° les *kystes folliculeux sébacés* ou *cutanés ;* 2° les *kystes folliculeux muqueux ;* 3° les *kystes glanduleux ;* 4° les *kystes ovariques ;* 5° les *kystes synoviaux*, et 6° les *kystes vasculaires*.

Nous adopterons cette classification, seulement nous réunirons les kystes ovariques aux kystes glanduleux.

I. — Kystes folliculeux sébacés ou cutanés.

Ils sont produits par la rétention de la matière sébacée dans les follicules qui la sécrètent.

On les rencontre sur toute la surface cutanée, excepté à la paume des mains et à la plante des pieds. Leur siége de prédilection est au cuir chevelu (*loupes*), aux paupières ; on en a rencontré au sein, à la grande lèvre, on les connaît aussi sous le nom de *tannes meliceris*.

Parois. — Elles sont formées par deux membranes, une externe mince, et une interne épaisse, dense, sans adhérences avec la membrane externe, c'est la coque qu'il faut énucléer pour obtenir une guérison sûre. Cette paroi interne offre souvent des villosités plus ou moins saillantes.

Matières contenues. — Les kystes contiennent le produit de la sécrétion du follicule, produit ordinairement altéré mêlé à des débris d'épithélium et ressemblant à du miel, à de la bouillie, à de la cire, etc., (*melicéris, athéromes, stéatomes*). Quelquefois ils contiennent de la cholestérine (Lebert), souvent la matière contenue est disposée en couches concentriques régulières. Enfin on y rencontre des poils plus ou moins longs implantés sur leur paroi interne (K. de la paupière). Ces kystes pileux doivent être distingués de ceux de l'ovaire.

Les kystes n'adhèrent d'abord à la peau, qu'au niveau du follicule qui leur donne naissance, plus tard la peau est distendue, et devient plus adhérente. Dans certains cas ils s'accroissent dans le tissu cellulaire sous-cutané, surtout s'il est lâche. Parfois enfin, au cuir chevelu ils exercent une certaine pression sur les os du crâne et peuvent les perforer (Chassaignac).

Symptômes. — Au début, l'affection se présente sous l'aspect d'une

petite tumeur qui augmente bientôt de volume. Si le goulot de la glande est resté perméable, on peut, en la comprimant, en faire sortir une matière suifeuse. La matière contenue dans le canal excréteur de la glande, durcit par son exposition à l'air, prend une teinte noire et forme un bouchon solide (*tannes*). Aussi la tumeur présente-t-elle en ce point un petit point noir qui permet de la distinguer de toute autre affection. D'autres fois l'orifice glandulaire est oblitéré, la tumeur est lisse et souvent pédiculée (*loupes*).

Ces kystes ne disparaissent pas spontanément, ils peuvent même acquérir des dimensions considérables, mais en général ils ne s'accroissent qu'avec lenteur, ils gênent par leur poids et par la difformité qu'ils produisent. Leur marche est lente, ils peuvent rester stationnaires ou souvent augmenter peu à peu de volume. Enfin, ils s'enflamment soit spontanément, soit surtout sous l'influence de violences extérieures, ils suppurent alors, se vident plus ou moins bien et guérissent.

Le traitement sera indiqué quand nous les étudierons en particulier dans chaque région.

II. — Kystes folliculaires muqueux.

Ils se forment aux dépens d'un follicule muqueux oblitéré. On les observe sur les membranes muqueuses. Les kystes muqueux des paupières sont très-fréquents. M. Giraldès les a signalés dans le sinus maxillaire. On les rencontre encore sur le plancher de la bouche, à l'orifice du vagin, etc. Leurs parois sont très-minces, ils contiennent un liquide muqueux, filant. Leur marche est lente, leur volume variable, ils peuvent s'enflammer. Nous les étudierons plus loin dans chacune des régions où ils se développent.

III. — Kystes glanduleux.

Ces kystes sont constitués soit par la dilatation d'un ou de plusieurs acini d'une glande, soit par celle du conduit excréteur. Le liquide sécrété est retenu par suite de l'oblitération du canal excréteur, il le dilate et une tumeur apparaît, faisant saillie du côté de la muqueuse. Tels sont les kystes qui se développent dans les glandes buccales, labiales, etc.

Le liquide contenu est filant, visqueux, transparent et incolore. La dilatation du canal d'une glande volumineuse peut aussi donner naissance à un kyste (Richet).

Aux kystes glanduleux appartient encore cette espèce qui se développe dans les grains glanduleux eux-mêmes, kystes du corps thyroïde, du foie, du rein, de l'ovaire, etc.

Plusieurs grains glanduleux peuvent subir la transformation kystique, et l'on a un kyste *multiloculaire ;* parfois ces cloisons sont incomplètes, le kyste prend la forme *aréolaire*.

La surface interne de certains kystes peut donner naissance soit à des productions épithéliales, soit à des masses analogues au tissu glan-

dulaire où s'est développé le kyste. Cette variété a reçu le nom de *kyste proligère*, on l'avait encore appelé *cysto-sarcome*. La cavité du kyste peut être totalement oblitérée par ces productions, quelquefois même la paroi se perfore spontanément et le produit fait hernie à l'extérieur. Ces derniers kystes ont une grande tendance à récidiver (*cysto-carcinomes*).

M. Follin sépare complétement les kystes proligères des kystes glandulaires, tout en admettant que les premiers se développent ordinairement dans des kystes d'origine glandulaire.

IV. — Kystes séreux.

On désigne sous ce nom les kystes qui se développent soit dans les cavités séreuses normales ou accidentelles, soit dans le tissu cellulaire. Les cavités formées aux dépens d'une portion d'une grande séreuse, et séparées du reste de la membrane par des adhérences, peuvent être considérées par analogie comme des kystes (kystes péritonéaux, kystes pleuraux). Les kystes synoviaux soit des articulations, soit des tendons, produits ordinairement par une hernie de la synoviale à travers une éraillure aponévrotique, ou par le développement des follicules synoviaux (Gosselin, Cruveilhier, Fouché), appartiennent aussi aux kystes séreux.

L'hydropisie des bourses séreuses, normales ou accidentelles, l'*hygroma*, est aussi une espèce de kyste séreux (V. *Affect. des bourses séreuses et tendineuses*). Enfin des kystes séreux se forment spontanément dans les organes ou dans les tissus, aux dépens du tissu cellulaire. C'est à cette variété seule que M. Follin donne le nom de kyste séreux. La poche du kyste est une maille de tissu cellulaire, qui devient une véritable cavité close et contient ultérieurement de la sérosité. Ces tumeurs sont parfois très-nombreuses, il y a une sorte de diathèse kystique. Ces kystes sont de beaucoup les plus fréquents et ceux qui offrent le plus de variétés ; on les a rencontrés dans tous les organes et dans toutes les régions du corps.

Anatomie pathologique. — Si la face interne du kyste offre la plus grande analogie avec les membranes séreuses, il n'en est pas de même de la poche elle-même, qui, à la vérité, dans quelques circonstances, peut être mince, peu résistante mais qui, dans d'autres cas, présente une consistance considérable : elle est celluleuse, fibreuse, fibro-cartilagineuse, cartilagineuse et même calcaire. Les parois sont généralement peu vasculaires et contractent des adhérences variables avec les tissus environnants. La poche est quelquefois uniloculaire ; d'autres fois elle est divisée par des cloisons incomplètes. Enfin elle peut contenir plusieurs loges parfaitement distinctes.

Le liquide qu'on trouve dans ces kystes est de densité et de coloration variables : tantôt il est tout à fait séreux et incolore ; d'autres fois il est jaune, jaune verdâtre ou brun chocolat. Il est quelquefois visqueux, filant ; d'autres fois il se trouve mélangé à des substances solides. Dans quelques cas, les kystes renferment du véritable pus. Les kystes multiloculaires peuvent présenter dans une poche un liquide d'une certaine nature ; dans l'autre, un liquide d'une nature toute différente. Leur volume est très-variable : on en observe qui ne sont pas plus gros qu'un grain de millet, tandis que d'autres peuvent arriver à des dimensions énormes.

Les tissus qui environnent les kystes sont simplement refoulés ; quelquefois cependant, lorsque la tumeur est très-volumineuse et la pression considérable, les organes sont atrophiés, déformés, quelquefois même enflammés ; les os peuvent être usés et amincis.

Ces cavités sont le siége d'un mouvement continuel d'exhalation et d'absorption, phénomène qui peut expliquer leur disparition, leur accroissement rapide, la reproduction du liquide après la ponction, et enfin le travail d'élimination dont elles peuvent être le siége.

Symptomatologie. — Ces kystes débutent par une petite tumeur indolente qui fixe à peine l'attention des malades ; mais, au bout d'un certain temps, la tumeur grossit, produit de la gêne, de la difformité. Ce sont les seuls symptômes que l'on observe ; car il est rare que la maladie, même à un degré très-avancé, devienne douloureuse. Les kystes d'un volume considérable ne provoquent généralement d'accidents que par la compression qu'ils exercent sur les organes qui les avoisinent. La maladie s'arrête après avoir pris un certain développement ; d'autres fois elle fait des progrès incessants. Dans quelques cas, on a vu ces kystes disparaître spontanément, sans inflammation ; mais les exemples les plus fréquents de guérison spontanée sont dus à l'inflammation de la poche ; il se forme un abcès qui s'ouvre à l'extérieur, et le pus est évacué, ainsi que le liquide du kyste. Dans ce cas, il n'est pas rare de voir la paroi continuer à sécréter, l'ouverture rester fistuleuse ; quelquefois, le foyer se recouvre de végétations fongueuses. Il est facile de comprendre que cette terminaison du kyste peut avoir les conséquences les plus fâcheuses pour l'économie.

Diagnostic.—Les kystes séreux sont en général faciles à reconnaître : leur marche, leur évolution, l'absence de douleur, les font facilement distinguer des autres tumeurs ; cependant on peut les confondre avec des abcès froids, avec des cancers. C'est surtout au sein que cette erreur a été commise (V. *Maladies de la mamelle*). Dans les cas douteux, on emploiera la ponction exploratrice pour arriver à un diagnostic exact. Il est souvent difficile de distinguer un kyste multiloculaire ; nous devons dire toutefois que les tumeurs de ce genre sont plus souvent bosselées, tandis que les kystes uniloculaires sont lisses. Enfin, par la transparence, on pourra quelquefois reconnaître un liquide séreux ; par les antécédents on pourra soupçonner un kyste hématique ; mais nous devons le dire, cette précision de diagnostic ne peut être obtenue que dans des circonstances rares.

Traitement. — Les médicaments internes, les emplâtres, les onguents, les pommades, ne les font pas disparaître ; il faut donc avoir recours à une opération chirurgicale. Les procédés de traitement conseillés sont :

1° La *ponction.* Ce moyen n'est que palliatif ; car ce n'est que dans des cas extrêmement rares que l'on voit la maladie disparaître ; presque toujours le liquide se reproduit avec facilité.

2° L'*incision simple*, l'*incision sous-cutanée.* (Barthelemy et Malgaigne.)

3° La *cautérisation.* Par ce moyen, on se propose d'ouvrir le kyste, et de provoquer l'inflammation des parois. Ce moyen n'est applicable qu'aux tumeurs peu volumineuses.

4° Le *séton simple* ou *multiple.* Ce moyen consiste à faire passer dans la tumeur un ou plusieurs fils ou une bandelette de linge ; nous y reviendrons plus loin. (V. *Tumeurs du corps thyroïde.*)

5° L'*extirpation complète.* Ce procédé est excellent quand la tumeur est peu volumineuse, et qu'elle est facilement accessible aux instruments tranchants.

6° L'*extirpation partielle* est applicable aux kystes dont le fond repose sur des organes importants, et dont la lésion pourrait produire des accidents graves.

7° La *ponction combinée à l'injection* est sans contredit le meilleur moyen de traitement des kystes uniloculaires et un peu volumineux. Le liquide dont on devra faire usage est la teinture d'iode, mêlée, suivant les cas, à une portion plus ou moins grande d'eau.

V. — Kystes vasculaires.

Les kystes formés dans la cavité d'un vaisseau oblitéré appartiennent à cette espèce. Tels sont certains kystes du placenta (Robin, Cruveilhier). Les kystes hémorrhoïdaux sont aussi des kystes vasculaires. D'autres kystes vasculaires viennent de la transformation des tumeurs érectiles (Bickerteth).

Enfin, signalons aussi certains kystes multiloculaires congénitaux du cou (Hawkins) que M. Cruveilhier rapporte à des kystes vasculaires. Ils contiennent en effet, soit de la sérosité, soit un liquide rougeâtre, soit des caillots dans leurs loges multiples. Les kystes développés dans les ganglions lymphatiques, peuvent être aussi considérés comme une variété des kystes vasculaires.

§ 2. — Kystes non préexistants. — K. consécutifs.

Ce sont les kystes qui se développent autour de corps étrangers préexistants, soit que ces corps se développent dans l'économie, soit qu'ils viennent du dehors. Une membrane d'isolement s'organise autour du corps étranger, par sa face externe elle répond aux tissus voisins auxquels elle adhère, par sa face interne elle est en rapport avec le corps enkysté. Cette dernière face est lisse, souvent lubrifiée par de la sérosité qui peut parfois dissoudre quelques-unes des substances renfermés dans le kyste.

M. Follin n'admet pas cette classe de kystes, il les considère comme de faux kystes, cependant il décrit les kystes hydatiques.

I. — Kystes hématiques.

Le sang épanché hors de ses voies normales, peut dans quelques cas donner naissance à un kyste, une pseudo-membrane se formant autour du foyer sanguin.

Cette tumeur peut persister assez longtemps, et même s'accroître. Dans certains cas le sang est résorbé et le kyste disparaît, d'autres fois le liquide sanguin reste pur et très peu modifié, enfin il peut être remplacé par de la sérosité sécrétée par la face interne du kyste. Le plus ordinairement la poche renferme du sang plus ou moins altéré; tantôt le liquide est couleur chocolat, café ; tantôt les parties liquides sont absorbées et il reste une masse noirâtre adhérente aux parois du kyste. Enfin, on trouve aussi une sérosité limpide, la matière colorante ayant presque disparu, ou ne formant plus que quelques taches sur la face interne du kyste. Les kystes hématiques séreux sont assez fréquents, on les trouve :

1° Dans le tissu cellulaire libre (Morel-Lavallée, V. art. *Contusion*) où ils peuvent acquérir un grand volume.

2° Dans les membranes séreuses. L'hématocèle recto-vaginale appartient à cette catégorie. Ils s'y développent souvent sous l'influence d'une inflammation spéciale dite pseudo-membraneuse hémorrhagique ; une fausse membrane s'organise, elle est parcourue par de nombreux vaisseaux qui se rompent et donnent naissance à un épanchement de sang (hématocèle de la tunique vaginale, néo-membranes de la dure mère).

3° On les trouve encore dans l'intérieur des organes, par suite de violences extérieures ou d'hémorrhagie interne (ovaire, mamelle, corps thyroïde).

II. — Kystes purulents.

Les abcès aigus ou chroniques sont de véritables kystes purulents mais c'est surtout à l'abcès froid symptomatique qu'on peut applique cette dénomination.

Nous n'avons pas à nous occuper de leurs caractères anatomiques. (V. *Abcès*, *Abcès par congestion.*)

Ajoutons seulement que toutes les tumeurs kystiques peuvent devenir purulentes par le fait d'un travail phlegmasique.

III. — Kystes formés autour des tumeurs fibreuses, etc.

Quelques tumeurs (fibreuses, cancéreuses, etc.) peuvent être envelop-

pées d'une membrane de nouvelle formation qui les isole complétement.

Nous ne ferons que signaler ce mode d'enkystement qui facilite l'extirpation du produit morbide.

IV. — Kystes formés autour d'un corps étranger venu du dehors.

Un corps étranger, une balle peut s'entourer d'un kyste qui l'isole, et empêche toute action nuisible sur les tissus. C'est ainsi que des balles ont pu séjourner dans les poumons sans causer aucun accident.

V. — Kystes formés autour d'un corps étranger produit dans l'organisme.

Ces kystes sont de trois ordres : 1° les *kystes des entozoaires;* 2° les *kystes* formés autour des *produits de la conception;* 3° enfin ceux développés autour d'une *monstruosité par inclusion*, *kystes pileux des ovaires*.

Nous n'insisterons pas sur ces deux dernières espèces; pour la première (kystes autour des produits *de la conception*) nous renvoyons aux traités d'anatomie pathologique et d'obstétrique; quant à la seconde, nous y reviendrons en étudiant les affections chirurgicales propres à chaque région.

Bibliographie. — Meckel, *Ueber regelwidrige Haar-und Zahn bildungen* in Meckel's Arch., t. I, p. 519, 1815. — Bricheteau, *Dictionnaire* en 60 volumes (An. Path.), t. XXVII, p. 11, 1818. — Percy et Laurent, *Dictionnaire* en 60 volumes (Thérapeutique), id., p. 44. — Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique*, t. I, p. 202, 1816. — Marjolin, *Dictionnaire* en 30 volumes, 2e éd., t. XVII, p. 354, 1846. — Sédillot, *Des kystes envisagés sous le point de vue, etc.* Thèse de concours pour Strasbourg, 1841. — Velpeau, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes*, etc., in Ann. de la chir. française et étrang., t. VII, p. 151, 1843. —A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 608, 1845. — Frerichs, *Ueber Gallest-oder, colloidgeschwulste*, Göttingen, 1847. — Paget, *Lectures on Surg. Patholog.*, vol. II, p. 26, 1853. — Abeille, *Traité des hydropisies et des kystes*, etc., 1852. — Lebert, *Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général*, in Mémoires de la Société de Biologie, 1re série, t. IV, 1852.— Lebert, *Traité d'Anatomie pathologique générale et spéciale*, t. I, p. 233, 1857. — Derocque, *Des kystes pileux de l'ovaire*, Th. Paris, 1858. — Sédillot, *Médecine opératoire*, t. II, p. 194, 1855, 2e édit. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 158, 1861. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 330, 1856.

Kystes hydatiques.

On donne ce nom à des kystes contenant des produits considérés comme des animaux ayant une vie complétement indépendante de l'organisme au sein duquel ils sont placés. Les *échinocoques* et les *acé-*

phalocystes sont les hydatides que l'on rencontre le plus fréquemment dans le corps de l'homme. Dans la poche qui constitue le kyste, on trouve d'autres poches plus petites renfermant un liquide souvent limpide, plus rarement jaune, purulent, dans lequel nagent des hydatides. Nous ne décrirons pas ici ces parasites, dont l'histoire a été faite par M. A. Tardieu, dans son *Manuel de pathologie médicale;* nous ne nous arrêterons pas non plus sur la symptomatologie, la marche et le traitement de ces tumeurs, si bien exposés dans l'ouvrage que nous venons de citer, ils offrent d'ailleurs la plus grande analogie avec les kystes séreux.

Bibliographie. — Laennec, *Mémoire sur les vers, etc.*, in Mémoires de la Société de médecine établie au sein de la faculté, 1804. — Rudolphi, *Entozoorum sive vermium intest. historia nat.*, 1808. — H. Cloquet, *Dictionnaire* en 60 volumes, t. XXII, p. 156, 1818. — A. Reynaud, *Dictionnaire* en 30 volumes, 2e édit., t. XV, p. 424, 1846. — E. Livois, *Recherches sur les Échinocoques, etc.*, 1843.—F. Dujardin, *Histoire naturelle des Helminthes*, 1845. — A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 621, 1845. — Van Beneden, *Les vers cestoïdes*, 1851. — Küchenmeister, *Ueber cestoden im Allgemeinen*, 1854. — Davaine, *Recherches sur les hydatides, etc.*, in Mémoires de la Société de Biologie, 2e série, t. II, 1855. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 543, 1856. — Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 178, 1861.

CHAPITRE XII.

ADÉNOMES.

Sous le nom d'adénome on désigne des productions accidentelles, dont les éléments sont formés par des tubes ou des culs-de-sac glandulaires.

Les productions glandulaires peuvent être analogues ou non aux glandes normales. Quand elles sont analogues, elles se développent soit dans l'épaisseur d'une glande normale, soit dans son voisinage. Dans le cas contraire les éléments glandulaires différents de ceux des glandes normales se développent souvent dans des régions privées de glandes.

Les tumeurs de la première espèce sont désignées sous le nom d'*adénomes*, depuis fort longtemps. Celles de la seconde espèce étudiées par M. Robin, ont reçu les noms de *pseudadénomes* (Broca) *tumeurs hétéradéniques* (Robin), *hétéradénomes*. (V. l'article *Tumeurs hétéradéniques*).

Les adénomes peuvent être eux-mêmes divisés en deux classes; 1° Les adénomes *uniglandulaires*, *monadénomes*, tumeurs formées par une seule espèce de culs-de-sac glandulaires; 2° les *polyadénomes* ou adénomes *multiglandulaires* qui résultent d'une hypertrophie plus ou moins régulière de glandes offrant une structure normale différente.

Ces tumeurs furent décrites pour la première fois par M. Verneuil qui les a signalées à la peau et sur les muqueuses.